

ALLOCATION PERSONNALISEE AUTONOMIE (APA)



QUI PEUT LA DEMANDER

Toute personne âgée de 60 ans ou plus

- résidant en France de façon stable et régulière : possibilité domiciliation auprès du CCAS
- ou, pour des personnes de nationalité étrangère, en situation régulière en matière de séjour en France.
- qui a besoin d'une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (*voir grille AGGIR*).

Sont aussi éligibles : les bénéficiaires d'une prestation de compensation, 2 mois avant leur 60e anniversaire, **L'attribution de l'APA n'est pas liée à une condition de ressources.** Toutefois ces dernières sont prises en compte lors de l'établissement du montant de l'APA qui est attribué.

QUELLE PROCEDURE ?

1. Retrait et dépôt du dossier de demande.

- **Le dossier doit être retiré** auprès d'un CCAS, du conseil général, d'un Centre Local d'Information et de Coordination ou d'un service d'aide à domicile agréé.

- **Le dossier est adressé au Conseil Général** qui a 10 jours : soit pour accuser réception du dossier, enregistrer la demande et informer le Maire de la commune de résidence, soit pour réclamer pièces manquantes

2. L'instruction du dossier.

* Chaque demandeur dont le dossier est accepté reçoit dans le mois la **visite d'un membre au moins d'une équipe médico-sociale** qui comprend au moins un médecin et un travailleur social et va évaluer le degré de perte d'autonomie du demandeur et élaborer un plan d'aide.

* **Lors de la visite à domicile**, la personne âgée peut demander que ses proches (ou son tuteur le cas échéant) soient présents. Elle peut aussi demander la présence d'un médecin de son choix.

3. Le classement dans la grille AGGIR.

* **Décision de classement.** En fonction des éléments recueillis, la personne est classée dans une catégorie de la grille "AGGIR" selon le degré de dépendance : seules les catégories 1 à 4 ouvrent droit à l'APA.

Si la personne entre dans les catégories 5 ou 6, lorsque le degré de perte d'autonomie de l'intéressé ne justifie pas l'établissement d'un plan d'aide, la commission peut se livrer à des recommandations écrites et établir un compte rendu de visite qui est adressé à la personne.

*** La grille AGGIR :**

GIR 1 : personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : personnes conservant des capacités mentales mais nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante (hygiène, élimination, toilette, habillage, alimentation) et déments déambulants qui ont conservé d'importantes facultés locomotrices nécessitant une surveillance permanente.

GIR 3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent des aides pour leur autonomie corporelle. Elles ne nécessitent pas une surveillance permanente.

GIR 4 : personnes qui doivent être aidées ponctuellement pour leurs transferts, la toilette, l'habillage ou personnes sans problèmes locomoteurs, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles y compris les repas.

GIR 5 : personnes qui nécessitent une surveillance ponctuelle étalée dans la semaine et des aides pour la toilette, la préparation des repas et le ménage (souvent un besoin d'heures d'aides ménagères).

GIR 6 : regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante.

4) Plan d'aide.

Si la personne relève des catégories 1 à 4, un plan d'aide est proposé, dans un délai de 30 jours suivant la date de dépôt du dossier de demande (*fournitures d'hygiène, adaptation du logement, services d'aide ménagère, portage de repas, téléalarme, hébergement temporaire...*)

Le plan d'aide est par ailleurs proposé :

- **pour les personnes vivant au domicile** par l'équipe médico-sociale ;
- **pour les personnes en établissement** par l'équipe médico-sociale de la structure sous la responsabilité du médecin coordonnateur avant confirmation par les services du département et la CPAM.

Ce plan d'aide mentionne les **besoins** mais aussi la **participation financière de la personne** (exonération de ce « *ticket modérateur* » si les revenus sont inférieurs à **800,53** EUR par mois, montant au 1/4/17).

* **Recours.** La personne âgée a 10 jours pour contester le plan d'aide puis après une proposition définitive dans les 8 jours, elle a à nouveau 10 jours pour l'accepter ou le refuser

5. Décision

Le plan d'aide est proposé à une **commission d'attribution** (*avec un conseiller général, des représentants de la MSA, la CRAMA, l'UNCCAS et de l'équipe médico-sociale*).

La **décision** est entérinée par le Président du Conseil général qui a ainsi délai 2 mois après dépôt dossier.

MONTANT DE L'APA

Au domicile :

Le montant de l'APA se calcule à partir du montant de la fraction du plan d'aide que la personne utilise diminué du montant d'une participation restant à sa charge, dite « *ticket modérateur* ».

L'allocataire dont le revenu mensuel est inférieur à **800,53** EUR par mois est exonéré de toute participation.

Entre **800,53** EUR et **2.948,16** EUR le montant du ticket modérateur est progressif (participation de 10%, 20%...). Au-delà de **2.948,16** EUR par mois, la personne participe à hauteur de 90% du montant du plan d'aide.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a relevé les montants mensuels maximaux du plan d'aide à partir duquel, notamment, est calculée l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile pour les personnes en fonction de leur degré de dépendance. Le montant maximal du plan d'aide est ainsi de

1.714,79 EUR en GIR 1,

1.376,91 EUR en GIR 2,

994,87 EUR en GIR 3,

663,61 EUR en GIR 4 (chiffres au **1.1.17**)

Les conseils départementaux devront, au plus tard le 1er janvier 2017, réétudier la situation et les droits des bénéficiaires dont les plans d'aide dépasseront, à cette même date :

→ 1 260 € en GIR 1 ;

→ 1 080 € en GIR 2 ;

→ 810 € en GIR 3 ;

→ 540 € en GIR 4.

Les personnes dont la situation n'aura pas été revue à temps pourront bénéficier, jusqu'à la notification de la décision du conseil départemental, d'une majoration égale à 50 % de l'écart entre le montant du plan d'aide accepté et le plafond du plan d'aide calculé au regard des nouvelles dispositions.

En vertu de l'article R. 232-28 du code de l'action sociale et des familles, la décision déterminant le montant de l'APA est révisée périodiquement dans le délai qu'elle détermine en fonction de l'état du bénéficiaire. Elle peut aussi être révisée à tout moment à la demande de l'intéressé, ou le cas échéant de son représentant légal, ainsi qu'à l'initiative du président du conseil départemental si des éléments nouveaux modifient la situation personnelle du bénéficiaire ou, désormais, celle du proche aidant. Le décret 2016-210 du 26 février 2016 précise aussi que, à compter du 1er mars 2017, les demandes de révision formulées par les bénéficiaires, leur représentant légal ou leurs proches aidants seront instruites selon la procédure et dans les délais prévus, selon le cas, pour une première demande ou pour une demande en urgence.

Par ailleurs, lorsque le bénéficiaire de l'APA est hospitalisé dans un établissement de santé pour recevoir des soins de courte durée ou des soins de suite et de réadaptation, le service de la prestation est maintenu pendant

les 30 premiers jours d'hospitalisation. Au-delà, le service de l'allocation est suspendu, sauf, précise le décret, si le bénéficiaire est hospitalisé à domicile.

Par ailleurs, le montant forfaitaire d'APA à domicile attribué en cas d'urgence attestée d'ordre médical ou social ou en cas d'absence de notification de la décision du président du conseil général dans les deux mois suivant le dépôt du dossier de demande complet s'établit à **857,40**.

Conformément à la loi « vieillesse », **lorsque le bénéficiaire de l'APA à domicile décide de recourir à un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** financé par forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), son allocation et sa participation financière peuvent être calculées de façon forfaitaire au regard du plan d'aide qu'il a accepté. Mais un certain nombre d'obligations s'imposent alors aux SAAD et aux conseils départementaux. Ces derniers doivent, au préalable, réexaminer les besoins d'aide à domicile du bénéficiaire qui n'utilise pas en moyenne au moins 10 % des heures auxquelles il a droit sur une période de 3 mois et, le cas échéant, réviser la décision d'attribution de l'APA. De son côté, le SAAD doit assurer le suivi des heures d'aide à domicile réalisées. Le titulaire de l'APA doit aussi pouvoir bénéficier :

→ du report des heures d'aide à domicile non utilisées ou d'une suspension de sa participation financière en cas d'absence du domicile en raison d'une hospitalisation(4), d'un accueil temporaire ou pour convenance personnelle ;

→ du remboursement de sa participation financière afférente aux heures d'aide à domicile non utilisées pour la fraction excédant 5 % en moyenne sur une période de six mois. Ce, dans un délai et selon des modalités qui seront précisés par le CPOM. Le titulaire de l'APA ou le SAAD doivent alors demander au conseil départemental de réexaminer les besoins d'aide à domicile dans un délai de deux mois à compter du dépôt de la demande. Au terme de ce délai, à défaut d'une notification, l'APA et la participation sont réputées révisées sur la base du plan d'aide diminué des heures d'aide à domicile non utilisées, jusqu'à ce que la décision soit notifiée à l'intéressé.

Conformément à la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement(2), le montant du plan d'aide peut désormais être majoré dans deux hypothèses :

→ pour l'octroi d'une aide au répit à l'aidant. Le montant maximal de la majoration est alors égal à 500,19 € par an ;

→ pour l'organisation d'un accueil d'urgence du proche aidé en cas d'hospitalisation de l'aidant. Le montant maximal de la majoration s'élève alors à 993,76 € par an.

En établissement

Le montant de l'Apa est égal au montant du tarif dépendance en vigueur dans l'établissement d'accueil.

Cependant, selon vos revenus, une participation financière peut être laissée à votre charge.

Si le revenu mensuel de l'allocataire est inférieur à **2 440,24 €**, il s'acquitte du tarif appliqué par l'établissement aux personnes en GIR 5 et 6

Entre **2 440,24 €** et **3 754,21 €**, la participation financière est progressive.

Au-delà, le ticket modérateur est égal au tarif appliqué par l'établissement aux personnes en GIR 5 et 6 auquel s'ajoutent 80% du tarif dépendance applicable au bénéficiaire diminué de celui des GIR 5 et 6.

La somme minimale laissée à la disposition de la personne âgée est de **96 €** par mois. Et, le cas échéant, si un membre du couple est resté au domicile, il conservera **800,80 €**.

VERSEMENT DE L'APA

Destinataire :

l'APA est versée *si la personne vit au domicile* au bénéficiaire qui doit l'utiliser en fonction du plan d'aide et fournir les justificatifs au Conseil Général et *si la personne vit en établissement* à ce dernier avec l'accord du résident pour participer à acquitter le tarif dépendance de l'établissement.

Calcul de l'APA :

si les ressources du bénéficiaire sont insuffisantes pour régler le tarif dépendance, une demande d'aide sociale peut être faite.

Contrôle de l'utilisation de l'APA.

Le versement de l'APA peut être suspendu:

- si la personne ne remplit pas ses obligations en matière de déclaration du personnel,
- si elle ne s'acquitte pas de sa part de participation financière,
- si l'équipe médico-sociale constate que le service rendu n'est pas celui prescrit ou présente un risque pour la santé ou la sécurité de la personne âgée.
- en cas d'hospitalisation pour des soins de courte durée de suite ou de réadaptation, à compter du 31ème jour (il est rétabli à compter du 1er jour du mois au cours duquel la personne n'est plus hospitalisée).

L'APA ne peut se cumuler avec:

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne versée aux titulaires d'une pension d'invalidité,
- la prestation de compensation
- l'allocation représentative des services ménagers et les aides en nature sous forme d'heures d'aide ménagère.

Récupération...

A la différence de la prestation spécifique dépendance (PSD), les sommes versées au titre de l'APA ne font pas l'objet à ce jour de récupération sur la succession du bénéficiaire.

Révision

L'APA fait l'objet d'une révision périodique, dans un délai fixé lors de son attribution.

Elle peut être aussi révisée à la demande de la personne, ou à celle du président du conseil général en fonction d'éléments nouveaux. La procédure est identique à celle d'attribution de l'APA.

Modalités du droit au répit

La loi du 28 décembre 2015 crée aussi un droit au répit pour les proches aidants qui assurent une présence ou une aide indispensables à la vie à domicile du bénéficiaire de l'APA et qui ne peut être remplacé par une autre personne à titre non professionnel. Ce droit au répit est apprécié – sur la base de référentiels qui seront définis par arrêté – par l'équipe médico-sociale du département à l'occasion de l'instruction de la demande d'APA ou de révision du plan d'aide, ou à la demande du proche aidant de la personne âgée. Dans ce cadre, l'équipe médico-sociale propose le recours à un ou des dispositifs d'accueil temporaire, en établissement ou en famille d'accueil, de relais à domicile, ou à tout autre dispositif permettant de répondre au besoin de l'aidant et adapté à l'état de la personne âgée. Pour financer cette aide, le conseil départemental peut accorder au bénéficiaire de l'APA une majoration de son plan d'aide égale à :

→ 499,69 € par an (soit 0,453 fois la MTP) lorsque l'aidant a besoin d'une solution de répit ;

→ 992,77 € par an (soit 0,9 fois la MTP) en cas d'hospitalisation du proche aidant.

Dans cette dernière hypothèse, lorsqu'un renforcement des prises en charge professionnelles du bénéficiaire de l'APA est nécessaire, celui-ci ou son proche aidant doit adresser une demande au président du conseil départemental indiquant la date et la durée prévisibles de l'hospitalisation, assortie des documents en attestant, les caractéristiques de l'aide apportée par l'aidant, la nature de la solution de relais souhaitée et, le cas échéant, l'établissement ou le service identifié pour l'assurer. Dans le cas d'une hospitalisation programmée, la demande doit être adressée dès que la date en est connue et au maximum un mois avant cette date. Il appartient alors à l'équipe médico-sociale ou à un autre professionnel ou organisme mandaté par le conseil départemental de proposer au bénéficiaire de l'APA et à son aidant, après échange avec eux, la ou les solutions de relais les plus adaptées pour la durée de l'hospitalisation de l'aidant. Doivent être prises en compte, dans la mesure du possible, les propositions d'organisation formulées par le bénéficiaire, son proche aidant, son entourage familial ou des professionnels de leur entourage.

En cas d'absence de réponse du président du conseil départemental huit jours avant la date de l'hospitalisation et en cas d'urgence, la majoration est attribuée à titre provisoire jusqu'à la date de notification de la décision, pour un montant correspondant au coût de la solution de relais demandée, dans le respect des dépassements de plafonds autorisés et déduction faite de la participation financière du titulaire de l'APA. La différence éventuelle entre le montant accordé à titre provisoire et le montant prévu finalement par la décision du président du conseil départemental, pour ce qui concerne la période de relais non encore effectuée, peut être récupérée par le département sur le montant des allocations à échoir ou, si le bénéficiaire n'est plus éligible à l'APA, par remboursement du trop-perçu en un ou plusieurs versements(5). Toutefois, les indus ne sont pas recouverts lorsque leur montant total est inférieur ou égal à trois fois le montant horaire du SMIC (soit 29,01 € en 2016).

Le décret précise enfin que, lorsque, dans les situations d'urgence, aucune solution n'est proposée, le président du conseil départemental propose et, si nécessaire, organise et met en place la solution de relais.

L'ensemble de ces dispositions s'appliquent depuis le 28 février 2016.